

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/267968095>

Prevalencia en el uso de drogas en población adolescente de Toluca, México

Article · January 2013

CITATIONS

0

READS

871

8 authors, including:



Balcázar Nava Patricia

Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM)

53 PUBLICATIONS 267 CITATIONS

SEE PROFILE



Gurrola Peña Gloria Margarita

Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM)

59 PUBLICATIONS 297 CITATIONS

SEE PROFILE



Rubén Edel-Navarro

Universidad Veracruzana

149 PUBLICATIONS 722 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Development of a multimodal teaching method to develop the research culture in university [View project](#)



Prácticas de evaluación de los aprendizajes y su contribución a la autorregulación académica en estudiantes normalistas [View project](#)



PREVALENCIA EN EL USO DE DROGAS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE DE TOLUCA, MÉXICO.

Patricia Balcázar Nava; Martha Patricia Bonilla Muñoz; Gloria Margarita Gurrola Peña; Rubén Edel Navarro; Enrique Navarrete Sánchez.

Facultad de Ciencias de la Conducta
Toluca. México

RESUMEN:

El uso de sustancias es cada vez más común entre la población y se ha extendido a grupos cada vez más jóvenes, por lo que para poder generar programas de intervención y gestionar las acciones preventivas, se hace necesario tener un panorama sobre cómo se presenta el uso de drogas entre la población adolescente, por lo que en este estudio se presentan hallazgos sobre cuáles y con qué frecuencia se han utilizado las sustancias en un grupo de adolescentes estudiantes de México.

Abstract

.

Introducción

El uso y abuso de sustancias que alteran el sistema nervioso, el estado de ánimo y la conducta se ha convertido en un problema de salud pública creciente en la población y la sociedad mexicana en particular.

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 1995), el término sustancia puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico; su consumo puede provocar trastornos de dependencia y abuso, así como trastornos inducidos por sustancias como es la intoxicación y la abstinencia. El abuso de sustancias implica un patrón desadaptativo en su consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas por el consumo repetido.

Por una parte, la dependencia implica la autoadministración compulsiva de la sustancia para sentir sus efectos físicos y psíquicos (Solís, 1999), al grado de hacerlo frecuentemente e ir aumentando paulatinamente la dosis para lograr el mismo efecto que provocaban antes las dosis menores; a esto se le conoce como tolerancia, que según el DSM-IV (APA, 1995), es causada por el uso

reiterado de la sustancia en dosis iguales que disminuyen el efecto deseado o de intoxicación, aunque el nivel de tolerancia varía de acuerdo a las características de la sustancia consumida y la sensibilidad del individuo. En el caso de supresión brusca de la sustancia en las personas habituadas a grandes cantidades de consumo, sobreviene el síndrome de abstinencia, que Solís (1999) define como síntomas antagónicos con respecto a aquellos que causa la sustancia.

El DSM-IV (APA, 1995) señala que la intoxicación por sustancias se caracteriza por la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión; los cambios comportamentales desadaptativos son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el sistema nervioso central y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después. La intoxicación generalmente se asocia al abuso y dependencia de sustancias.

Históricamente, el consumo de sustancias tóxicas o drogas se remonta a la época prehispánica con fines religiosos; Tapia (1994) señala que los ancianos y sacerdotes empleaban el peyote para comunicarse con los dioses; a su vez, el pulque (bebida tradicional de la cultura mexicana, extraída de un maguey), lo bebían en ceremonias religiosas y fiestas de los nobles. Al consumirse fuera de cualquier situación permitida el indígena era castigado.

Por otra parte, durante la época colonial, el consumo se centra en el alcohol y el tabaco entre la sociedad privilegiada aunque el pulque fue utilizado por los indígenas sin restricción, dando origen al problema del alcoholismo, que ocupó hasta años recientes en el México Contemporáneo el primer lugar como enfermedad pública social.

No obstante, es a principio de la década de los setentas cuando surge la preocupación social del consumo de drogas; Campillo y Medina-Mora (1979), mencionan que dejó de ser patrimonio de pequeños grupos de clase social alta y se extendió en forma desafiante en los jóvenes de clase media. Al respecto, estos autores señalan que las drogas más consumidas por lo menos en alguna ocasión son la marihuana (6.7%), cocaína (1.6%), inhalantes (1.2%), alucinógenos (1.1%) y la heroína-morfina (0.4%) en las ciudades de La Paz, Mexicali y Distrito Federal, todas entidades de México.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1971; citada por Tapia, 1997), encontró que en México, el 44% de los hombres y el 16% de las mujeres fumaban cigarrillo, como dato importante que indica al fumar como un antecedente para el uso de otras sustancias tóxicas.

En la década de los ochenta, se llevó a cabo la Primera Encuesta Nacional Sobre Adicciones (ENA, 1988), auspiciada por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría; Medina-Mora, Tapia, Otero, Rasgon, Mariño, Villatoro, Solache y Lazcano (1990), son responsables del estudio, reportando que la droga de más consumo y de inicio más frecuente es la marihuana, seguida por los inhalables; el orden más frecuente es iniciar con la marihuana y continuar con la cocaína; en total, un 4.8% de la población reportó el uso de sustancias; de éstos, un 76% usó una sola droga y el 24% restante, utilizó más de una sustancia. La edad de inicio en el consumo es antes de los 26 años de edad; el 71% de los usuarios eran hombres que prefieren drogas ilícitas e inhalables y en las mujeres había una preferencia por drogas de tipo médico.

Sin embargo, cinco años después (ENA, 1993; citado en De Agostini, 1998), se observa que el 15.4% de la población "alguna vez en la vida" utilizó algún medicamento que produce adicción, principalmente las mujeres (63%).

En el caso de la marihuana, sigue siendo la droga de mayor uso, ascendiendo a 0.4%; la cocaína ha sido consumida 0.5% alguna vez en la vida, y la heroína reporta un bajo consumo (0.1%). El

crack fue consumido en un 0.2%, mientras que el consumo de metanfetaminas fue menor al 1% y se reporta el abuso de un derivado de éstas, el éxtasis.

Para 1995, los Centros de Integración Juvenil (CIJ), reportaron que la droga de uso más frecuente era la marihuana, (72%), seguida por los inhalables (47%), la cocaína (32%), los depresores (26%), heroína (4.4%) y las metanfetaminas (2.7%).

Como puede observarse, en tan solo dos décadas, el consumo de sustancias incrementó significativamente; Rosovsky y Medina-Mora (1999), indican que aunado a lo anterior, el índice de mujeres que deciden experimentar con sustancias ha aumentado siete veces (de 0.2% al 1.4%), además de que en ese mismo lapso de tiempo, hay un cambio de preferencia del tipo de sustancia consumido, siendo la cocaína la que incrementó de 2 al 4%.

Ante tales condiciones, Medina-Mora, Salgado, Lara, Ramos y Mariño (1993), explican que los precursores de los problemas relacionados con el uso de drogas, conocidos como factores de riesgo, ocurren antes de que aparezca éste y están estadísticamente asociados con el aumento en la probabilidad de su ocurrencia, de igual forma que existen variables que previenen, eliminan o reducen el consumo, a los cuales se les denomina factores de protección; ambos tipos de factores puede clasificarse en dos grandes grupos: a) factores sociales y culturales contextuales y b) factores del ambiente intraindividual interpersonal. Los primeros se refieren a expectativas legales y normativas de la conducta; los segundos se asocian con la familia, los compañeros y los amigos.

Muchos de los factores de riesgo para el abuso de drogas también predicen otras conductas problemáticas en la adolescencia; así, el abuso de drogas, no así el uso, está correlacionado con delincuencia, embarazo, problemas de conducta escolar y deserción, entre otras. Por otro lado, los factores protectores median o moderan los efectos de la exposición al riesgo, por lo que será menos probable que el individuo abuse de drogas aún cuando esté expuesto a ellas.

Debido a que el nivel de riesgo ambiental se determina por los índices de consumo, por la presencia de factores contextuales que tienen que ver con la disponibilidad de drogas, el nivel de tolerancia social hacia la experimentación y el uso continuado, el individuo requiere poner a prueba el papel que pueden desempeñar los factores que afectan la vulnerabilidad y resistencia hacia el consumo de sustancias, especialmente las mujeres, quienes según las encuestas nacionales mencionada eran el sector menos expuesto a las adicciones y que sin embargo, está incrementado sus índices de experimentación y consumo de drogas.

Considerando lo anterior, el objetivo de la presente investigación es identificar el nivel de riesgo para el uso de sustancias tóxicas en mujeres estudiantes del nivel medio, de la Ciudad de Toluca, México.

Método

Sujetos Estudiantes del nivel medio superior del sexo femenino, con una edad en el rango de los 15 a 20 años de edad, de la Ciudad de Toluca, México. El muestreo utilizado fue no probabilístico de cuota; a decir de Rojas (1991), es no probabilístico por ser cómodo y económico, además de que sus resultados son únicamente generalizables para la muestra estudiada. Por su parte, Pick y López (1995) indican que dicho muestreo no requiere tomar una proporción representativa de los estratos y la selección de los sujetos es accidental. Para esta investigación se trabajó con un total de 120 mujeres.

Instrumento El instrumento utilizado es el Inventario de Riesgo-Protección Para Adolescentes, IRPA, diseñado por Castro, M. E. (1991) en la Ciudad de México, D. F., cuyo propósito es diagnosticar y evaluar la presencia de conductas problemáticas (riesgos psicosociales) y/o su ausencia (protección) en los jóvenes de 14 a 24 años, a través de cuantificar su ocurrencia. Dicho Inventario arroja perfiles de riesgo en las áreas de: uso de drogas y conducta antisocial (integrado por las subáreas de subcultura de la droga, subcultura adolescente, subcultura delictiva, drogas médicas, cocaína, conducta marginal, disponibilidad, drogas no especificadas, pandillerismo, uso de inhalantes y contacto con usuarios); eventos negativos de la vida, con 6 subáreas (sexualidad negativa, dificultades interpersonales, dificultades en drogas, cambios domiciliarios y escolares, rompimiento afectivo y dificultades familiares); estilo de vida, en donde se consideran 9 subáreas (vida sexual activa, enfermedades comunes, inicio de la vida sexual, comida chatarra, visitas al médico, enfermedades poco comunes, patrón de consumo de alimentos, rompimiento con la pareja y evasión). Además, este instrumento tiene una Escala de Validez de la Autorrespuesta, cuyo objetivo es utilizarla como una escala de mentiras o del grado de deseabilidad social. El inventario está constituido por 131 reactivos, con un nivel de medición intervalar, con respuestas de 0 o 1, donde al sumarse los puntajes, se distribuyen en 3 categorías: protección (bajo riesgo) mediano riesgo y alto riesgo.

Procedimiento Se organizó al grupo de mujeres que participaron en la investigación, se les explicó el objetivo de la investigación, enfatizando que su colaboración era anónima. Se distribuyeron los inventarios, se dio lectura y explicación a la introducción y a las instrucciones, aclarando cualquier duda. Una vez resueltos los instrumentos, fueron devueltos al investigador y se agradeció su participación.

Resultados y discusión

Para determinar el nivel de riesgo del grupo, se asignó un puntaje bruto de 1 si la conducta indicaba la presencia de una conducta de riesgo y de 0 si indicaba protección. Las respuestas fueron transformadas a puntaje estándar (calificación Z), ubicando entonces la categoría de riesgo de la muestra en cada área y subárea del instrumento.

Cabe recordar que el Inventario empleado consta de tres áreas evaluadoras del nivel de riesgo, con sus respectivas subáreas: uso de drogas y conducta antisocial, eventos negativos de la vida y estilo de vida, siendo la primera área la que sustenta esta investigación y las dos últimas como complementarias, pero que no fueron objetivo de esta investigación, por lo que no se presentan estos resultados

A continuación se indica en la Tabla 1, el nivel de riesgo en cada área obtenido por el grupo de estudio, indicando las conductas de riesgo asociadas y los factores de protección

| | NIVEL DE RIESGO BAJO | NIVEL DE RIESGO MEDIANO |
|------------------------|--|---|
| PUNTUACION Z | -0.26 – -0.05 | 0.02 – 0.49 |
| NO. DE SUJETOS | 102 | 18 |
| PORCENTAJE | 85% | 15% |
| CONDUCTAS DE RIESGO | | Participar en riñas. Tomar auto sin permiso. Golpear a otros. Forzar cerraduras. Problemas con la autoridad. Uso de alcohol en reuniones sociales. Familiares alcohólicos |
| FACTORES DE PROTECCIÓN | Bajo o nulo consumo de tabaco y sustancias tóxicas. Inaccesibilidad a drogas. Intolerancia familiar al uso de drogas | |

En la tabla 2, se indican los niveles de riesgo y de protección en cuanto a los eventos negativos de la vida, destacando que aquí la población puntuó en alguno de los tres niveles de la puntuación que arroja el IRPA.

| | NIVEL DE RIESGO BAJO | NIVEL DE RIESGO MEDIANO | NIVEL DE RIESGO ALTO |
|------------------------|--|---|--|
| PUNTUACION Z | -0.50 – -0.26 | 0.09 – 0.93 | 1.05 – 1.78 |
| NO. DE SUJETOS | 74 | 42 | 2 |
| PORCENTAJE | 61.67 % | 35% | 1.67% |
| CONDUCTAS DE RIESGO | | Dificultades con los amigos. Ruptura de noviazgo o con amigos íntimos | Experiencia sexual negativa. Experiencias desagradables con el uso de alcohol. Dificultades con la familia |
| FACTORES DE PROTECCIÓN | Conocer el cuerpo del hombre y la mujer. Establecer comunicación significativa. Negociar los conflictos familiares | | |

En la tabla 3 se presentan también las puntuaciones Z y porcentajes para los Estilos de Vida en la población adolescente.

| | NIVEL DE RIESGO BAJO | NIVEL DE RIESGO MEDIANO | NIVEL DE RIESGO ALTO |
|------------------------|--|--|-----------------------------|
| PUNTUACIÓN Z | -0.44 – -0.07 | 0.04 – 0.78 | 1.03 |
| NO. DE SUJETOS | 44 | 74 | 2 |
| PORCENTAJE | 36.67 % | 61.67% | 1.67% |
| CONDUCTAS DE RIESGO | | Relaciones sexuales. No usar anticonceptivos | Varias parejas |
| FACTORES DE PROTECCIÓN | Establecimiento de relaciones sexuales sanas. Iniciar una vida sexual protegida. Edad de inicio de la vida sexual. Tener sexualidad sana | | |

El estudio de cualquier población adolescente trae consigo la idea de que los sujetos viven una etapa de desarrollo conflictiva y arriesgada porque manifiestan conductas de experimentación y/o hábito, como el uso de sustancias tóxicas, entre otros problemas asociados, los cuales en algún momento pueden dañarlos a ellos tanto como a la sociedad; lo que hace necesario en principio identificar aquellos sujetos cuyas conductas, además de condiciones adversas determinen su vulnerabilidad o nivel de riesgo hacia el uso de sustancias tóxicas.

Entiéndase como riesgo a la probabilidad de padecer una enfermedad en un momento dado de la vida; la relación existente entre la patología y sus variables causantes como factores de riesgo; la incidencia de riesgo es el número de casos nuevos que aparecen en una población expuesta en ese momento, estableciéndose así los niveles de riesgo (Rincón, 1988).

Para precisar el concepto, una vez determinados la naturaleza y peso de los factores, se conoce la vulnerabilidad de los individuos o las comunidades, es decir, identificar el peso de los factores en sí mismos y de acuerdo al contexto que los rodea. En el caso del uso de drogas o sustancias tóxicas el nivel de riesgo indica la posibilidad de que el individuo se convierta en adicto (Castro, 1991; citado en Tapia, 1994).

Dicho nivel puede medirse a través del resultado de la suma de la presencia-ausencia de conductas de riesgo principalmente en el área de: 1) uso de drogas y conducta antisocial, 2) eventos negativos de la vida y 3) estilo de vida, medidos a través del Inventario de Riesgo-Protección para Adolescentes, IRPA (Castro, 1991).

Esta perspectiva exploratoria del fenómeno cobra relevancia cuando identificar el nivel de riesgo para el uso de sustancias tóxicas de un individuo o grupo social permite una visión aproximada del estado de salud mental de tales sujetos; que como señalan Rosovsky y Medina-Mora (1999) está mediado por los factores de riesgo contextuales como la disponibilidad de drogas, el nivel de tolerancia social hacia la experimentación y el uso continuo como nivel de riesgo ambiental, donde el individuo prueba su fortaleza o resistencia hacia el consumo y desarrollo de otros problemas relacionados.

Cuando los factores contextuales (social y cultural), de estilo de vida (familiar, vecinal e individual) y personal (historia de vida, factores familiares, psicológicos y biológicos) actúan juntos en un momento determinado, pueden aumentar el riesgo de las personas a padecer trastornos mentales o mal adaptarse a su medio, ya que existe una relación directa donde a mayor riesgo, mayor probabilidad de desarrollar adicciones, conductas antisociales y otras enfermedades; de ahí, la

importancia de detectar la existencia o no de riesgo en una población. Sin embargo, no todo individuo con niveles similares de riesgo padecen los mismos trastornos, debido a factores de protección como podría ser la situación en que se encuentra, su estado de competencia interna y el apoyo social con que cuenta (Castro, Llanes y Margain, 1999; Caplan, 1986).

Ahora bien, aunque el estudio de las adicciones en México desde 1970 a la fecha indica mayor prevalencia en hombres que en mujeres, el consumo de alcohol y drogas ilegales ha incrementado paulatinamente a partir de 1980, en el sector femenino debido a que las normas sociales son permisivas (Medina-Mora y Mariño, 1992; citado por Lara, 1995). Adicionalmente, los y las consumidoras comienzan a experimentar en edades más tempranas, según lo demuestran los Centros de Integración Juvenil (1995), que indican que de los casos tratados en Toluca, 3.61% eran estudiantes adictos a drogas sintéticas, lo cual enfatiza la necesidad de implementar tanto estrategias de prevención como estudios dirigidos desde la niñez en el ámbito familiar y escolar según el género.

De acuerdo con la calificación "Z" (-1.0 a más, -0.99; y 1.0 a más), que ubica el riesgo en bajo, mediano y alto respectivamente, se detectó que 102 alumnas presentaron bajo riesgo en el área de Uso de Drogas y Conducta Antisocial, lo que está relacionado con factores de protección como bajo o nulo consumo de tabaco, nulo uso de sustancias tóxicas, inaccesibilidad a drogas e intolerancia familiar al uso de drogas. Implica también la reflexión sobre mensajes falsos acerca del alcohol y del tabaco, aprender a beber moderadamente, sentir, disfrutar y emocionarse sin la necesidad de tabaco, ayudar a los compañeros que exceden en la bebida, cuidado personal, conocimiento de las consecuencias a largo plazo sobre el uso de tabaco, ganar dinero con trabajo legal, manejo de los sentimientos, hablar antes de pelear, pedir ayuda, pensar antes de actuar, entre otros (Castro, en PNUFID, 1998).

El restante porcentaje de los sujetos (15%) se ubicó en el mediano riesgo, implicando la presencia de conductas antisociales como son participar en riñas, forzar cerraduras, robar y tener problemas con autoridades; además, puede existir el uso de tranquilizantes, relación con amigos adictos, familiares alcohólicos, uso del alcohol en reuniones sociales y fumar tabaco. Resulta de particular importancia dichos datos, ya que como señala la Organización Panamericana para la Salud (1971; citado por Tapia, 1997), fumar es un antecedente para usar otras sustancias tóxicas. Aunado a la tolerancia social para el consumo de tabaco y el alcohol como otro factor social, se señala que la edad de inicio para fumar es entre los 11 y los 14 años, esto es, menor de la edad legal para comprar estos productos.

Considérese también que en la mayoría de los bebedores existe un padre alcohólico, un ambiente de privación y de violencia familiar que genera un ambiente facilitador para la obtención de la sustancia y tolerancia social a su consumo (Medina-Mora, citado por Lara, 1995).

Por su parte, Castro (1994, 1998; citado por PNUFID, 1998), señala que el uso de tranquilizantes tiene que ver con la facilidad para conseguirlos además; de ser según la Encuesta Nacional de Adicciones (1993; citada por De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997), la droga médica más consumida desde los 16 años de edad. Lo anterior contrasta con los datos registrados según Medina-Mora, Tapia, Otero, Rascón, Mariño, Villatoro, Solache y Lazcano (1990), que ubican el inicio del consumo de tranquilizantes después de los 25 años.

Ante dichas conductas, los factores protectores necesarios pueden ser: evitar dependencias, sentir, disfrutar y emocionarse sin la necesidad de sustancias, protegerse de la influencia de amigos usuarios, aprender a beber moderadamente, ayudar a compañeros que exceden en la bebida, reflexionar sobre mensajes falsos acerca del alcohol y tabaco, conocer las consecuencias del uso

de tabaco, no dañar a terceros, tomar conciencia de las conductas consumistas que impone la vida moderna, concientizarse de la relación entre depresión y sueño excesivo, controlar sentimientos de enojo o ganar dinero con trabajo legal.

Cabe mencionar que el nivel de riesgo al uso de sustancias tóxicas en algunos casos, se asocia con eventos negativos y estilos de vida que la persona experimenta; por lo que sin afán de correlacionar entre sí los datos de las áreas que integran el IRPA, pero sí brindando una panorámica de la situación de las muestras al ser evaluadas, la información recopilada en las áreas de Eventos Negativos de la Vida y Estilo de Vida complementan el objeto de la investigación.

Los factores de protección identificados dentro del rubro de bajo riesgo incluyen: conocer el cuerpo del hombre y la mujer, establecer comunicación y relaciones significativas, además de negociar los conflictos familiares. Con respecto a la categoría de mediano riesgo incluyeron las conductas: dificultades con los maestros y amigos, noviazgo o amistades rotas. Las personas ubicadas dentro de la categoría de alto riesgo presentan conductas como: experiencias sexuales negativas y dificultades con la familia. Las conductas que las distinguen son: experiencia desagradable con el uso de alcohol.

El dato de las experiencias sexuales negativas implica la existencia de actividad sexual, conducta de experimentación en el adolescente, que por otro lado, se relaciona con las subáreas de área de Estilo de Vida: Vida sexual activa e Inicio de la vida sexual.

Tales condiciones manifiestas como de mayor riesgo en el manejo de la sexualidad, aunado a la prevalencia del uso de alcohol y tabaco, determinan factores de riesgo característicos del individuo, particularmente e su historia de vida según Castro (1994, 1998, citado por PNUFID, 1998) como: descuido de la salud, conducta consumista, descuido en la vida sexual, inicio temprano de la vida sexual, embarazos y/o abortos. Ante tal riesgo, De la Serna y Castro (1991), refirieron hallar la relación directa entre el uso excesivo de alcohol y tabaco con el alto riesgo en el manejo de la sexualidad. Lo anterior amerita la prevención oportuna consistente principalmente según Castro, Llanes y Margain (citados por De Agostini, 1998) en la necesidad de las adolescentes por entender su problemática, adueñarse de su cuerpo y de su mente para poder decidir sobre él, al tiempo que desarrollen la fuerza interna necesaria para aprender verdaderas habilidades de protección que les permita modificar su sistema familiar, social y de amigos o pares, pues de otra manera, experimentan relaciones sexuales que les genera sentimientos contradictorios, mas dudas aparte de las que ya tienen producto de la ignorancia en cuanto al tema y una dificultad mayor para relacionarse con el sexo opuesto física y emocionalmente.

Como puede observarse, las conductas arriesgadas de la muestra estudiada integrada por adolescentes entre 15 y 23 años, implican en sí mismas conductas características de experimentación propias de la adolescencia, que de no atenderse o prevenirse, desencadenarían problemas graves de salud (Harrison y Kennedy, 1994; Balcázar, 1999).

Cabe mencionar para finalizar, que el grupo, aun con sus problemáticas, presenta mayoritariamente, niveles de protección o salud que no deben descuidarse, considerando que los niveles de riesgo no necesariamente determinan las conductas de riesgo similares ni el mismo peso o combinación de factores de riesgo.

Referencias bibliográficas

- American Psychological Association (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Masson: España.
- Balcázar, P. (1999). Documento interno de investigación. Un estudio epidemiológico. UAEM. Sin edición.
- Campillo, S. C., Medina-Mora, M. E. (1979). Evaluación del problema desde el punto de vista social. El uso de drogas en México, Vol. 9, No. 1, pp. 10-18.
- Caplan, G. (1986). Aspectos preventivos en salud mental. Paidós: España.
- Centros de Integración Juvenil (1995). El consumo de drogas ilícitas en México. CIJ: México.
- Castro, M. E. (1991). Indicadores de riesgo para el consumo problemático de drogas en jóvenes estudiantes. Aplicaciones en investigación y atención primaria dentro del plantel escolar. Salud pública de México. No. 3. México.
- Castro, M. E., Llanes, J., Margain, M. (1999). Modelo preventivo de riesgos psicosociales en menores, adolescentes y sus familias. Propuesta metodológica. DIF Y UNICEF: México.
- De Agostini, G. (compilador) (1998). Con ganas de vivir... Una vida sin violencia es un derecho nuestro. PNUFID: México.
- De la Serna, J, Castro, M. E. (1991). Perfil demográfico y psicosocial de los usuarios de cocaína detectados en la muestra nacional de estudiantes mexicanos en el año de 1986. Drogodependencia. No. 16, pp. 6-18. México.
- De la Fuente, J. R., Medina-Mora, M. E., Caraveo, J. (1997). Panorama de la salud mental en México. Fondo de Cultura Económica: México.
- Harrison, L. D., Kennedy, D. N. (1994). Epidemiology and drugs in the United States-México. Hispanic Journal of Behavioral Sciences. Pág. 2.
- Lara, M. (1995). La salud mental de las mujeres. Qué sabemos y hacia dónde nos dirigimos. Revista Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Pag. 148.
- Medina-Mora, M. E., Salgado, S.N., Lara, C.M., Ramos, L.L., Mariño, M. C. (1993). Psicología y salud: modelos para el estudio de los factores psicosociales en la génesis y curso del malestar emocional, adicciones y violencia. Instituto Mexicano de Psiquiatría: México.
- Medina-Mora, M.E., Tapia, R., Otero, R. B., Rascón, M. L., Mariño, M. C., Villatoro, J., Solache, G., Lazcano, F. (1990). Factores asociados con el inicio en el consumo de drogas, resultados de una encuesta nacional. Instituto Mexicano de Psiquiatría: México.
- Pick, S., López, A.L. (1995). Cómo investigar en ciencias sociales. Trillas: México.
- PNUFID. (1998). Unidos por una sociedad libre de drogas. Contribuciones de expertos en la reducción de la demanda de drogas de México y Centroamérica. Oficina Regional para la Reducción de la Demanda de Drogas en México y Centroamérica: México.

- Rincón, L. (1988). Técnicas para la enseñanza de la salud mental. Paidós: México.
- Rojas, S. (1991). Guía para realizar investigaciones sociales. Plaza y Valdés: México.
- Rosovsky, H., Medina-Mora, M. E. (1999). Drogas: un reto para el ámbito educativo mexicano. Guía de programación Edusat. cenids.ssa.om.mx/actualissate/10ene99/adic49.htm
- Solís, E. (1999). Consumo personal de estupefacientes. Argentina. www.compuserve.com.ar/resistencia/ichi/drog2.htm
- Tapia, C. R. (1994). Las adicciones, dimensión, impacto y perspectivas. Manual Moderno: México.
- Tapia, C. R. (1997). Prevalencia del consumo de tabaco en México. cenids.ssa.gob.mx/actualissate/10sep97/adic4.htm